

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 75

**Des abcès froids périnéphrétiques
ouverts dans les bronches
au cours de la Tuberculose rénale**



T H È S E

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GABRIEL PANGON

né le 27 Juillet 1894, à St-Vallier-sur-Rhône



V I E N N E

HENRI MARTIN, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

12 et 12 bis, Place du Palais

—
1 9 2 2



*DES ABCÈS FROIDS PÉRINÉPHRÉTIQUES
OUVERTS DANS LES BRONCHES
AU COURS DE LA TUBERCULOSE RÉNALE*

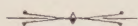


Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 75

**Des abcès froids périnéphrétiques
ouverts dans les bronches
au cours de la Tuberculose rénale**



T H È S E

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GABRIEL PANGON

né le 27 Juillet 1894, à St-Vallier-sur-Rhône



V I E N N E

HENRI MARTIN, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

12 et 12 bis, Place du Palais

—
1 9 2 2

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ
Doyen.....	MM. J. LEPINE
Assesseur.....	ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
		BARD
		TIXIER
		BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....		COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique.....		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique.....		LEPINE (J)
Clinique des maladies des enfants.....		WEILL
Clinique des maladies des femmes.....		POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		CLUZET
Chimie biologique.....		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.....		MOREL
Matière médicale et Botanique.....		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		GUIART
Anatomie.....		LATARJET
Anatomie générale et Histologie.....		POLICARD
Physiologie.....		DOYON
Pathologie interne.....		COLET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MOURIQUAND
Anatomie pathologique.....		PAVIOT
Médecine opératoire.....		VILLARD
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING (F.)
Médecine légale.....		Etienne MARTIN
Hygiène.....		COURMONT (P.)
Thérapeutique.....		PIC
Pharmacologie.....		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — Chimie minérale.....	BARRAL
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Embryologie.....	HOVELACQUE
Orthopédie.....	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TEISSIER, *Président*; THEVENOT (Lucien), *Assesseur*;
MM. PIERY et ROUBIER, *Agrégés*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE,

Monsieur le Docteur PANGON,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

*qui par sa haute valeur professionnelle et l'exemple d'une
longue carrière m'a montré la voie à suivre dans une saine
compréhension des devoirs de la profession médicale.*

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur TEISSIER,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Lyon,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Nous le remercions de l'honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de notre Jury. Nous sommes
heureux de lui exprimer toute notre reconnaissance pour ses
lumineuses leçons qui ont guidé nos premiers pas en clinique.*

A Monsieur le Docteur ROUBIER,

Professeur agrégé,
Médecin des Hôpitaux.

*qui nous a inspiré ce travail et auprès duquel
nous avons trouvé l'accueil le plus bienveillant, qu'il veuille
bien accepter nos remerciements.*

INTRODUCTION

Les abcès froids périnéphrétiques, bien qu'ayant donné lieu déjà à un grand nombre de travaux, ne semblent pas être en clinique d'une observation bien courante.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Docteur ROUBIER, à l'Hôpital de l'Antiquaille, un jeune malade qui se présentait au premier abord comme un tuberculeux pulmonaire banal, et qui était en réalité atteint d'un abcès froid périrénal ouvert dans l'arbre bronchique. A propos de cette observation longuement suivie, notre Maître nous a invité à rechercher les cas analogues dans la littérature médicale et nous a engagé à consacrer à ce sujet notre thèse inaugurale.

Ce travail comprendra deux parties :

1° Dans la première, nous donnerons, d'après nos recherches bibliographiques, une étude rapide, anatomique et clinique, des abcès tuberculeux périnéphrétiques.

2° Dans la deuxième, nous envisagerons plus spécialement une complication de ces abcès froids périrénaux, leur ouverture dans les bronches. Après avoir relaté notre observation personnelle et les rares observations analogues que nous avons pu trouver, nous terminerons par quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement que comporte une semblable complication.

PREMIERE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES ABCÈS TUBERCULEUX PÉRINÉPHRÉTIQUES

HIPPOCRATE semble avoir soupçonné l'existence de la périnéphrite, mais les auteurs anciens ARETÉE, GALIEN, etc... aussi bien que ceux de la Renaissance, depuis AVICENNE jusqu'à PARE, VIGO, etc... ont donné des descriptions qui se rattachent plus à la pyélite suppurée qu'à la périnéphrite. — L'histoire de cette maladie ne remonte guère au-delà de RAYER qui l'établit au moyen de nombreuses observations. Depuis elle fut l'objet d'études nombreuses (LENEPVEU ; FERON et PICARD, HOLLE ; TROUSSEAU etc..) mais c'est KRAETCHMAR le premier qui, dans une thèse documentée sur la périnéphrite, signale l'influence de la tuberculose dans l'étiologie de cette affection, influence déjà soupçonnée par RAYER ; FISCHER, DOYEN rapportent des observations d'abcès tuberculeux périnéphrétiques. — Mais c'est surtout TUFFIER qui, à propos de 3 cas personnels, fait une étude d'ensemble de la périnéphrite tuberculeuse et des abcès froids périnéphrétiques. Les thèses de THOMAS et de ZELLER constituent de bonnes mises au point de la question.

ETIOLOGIE

Les abcès froids périrénaux peuvent être primitifs ou secondaires à une affection de voisinage.

1° *Abcès froids périnéphrétiques primitifs.* — Ceux-ci naissent directement dans la capsule cellulo-adipeuse du rein, sans qu'il y ait de continuité avec une lésion analogue du rein ou des organes voisins. Ils sont encore appelés abcès indépendants (TUFFIER).

Ceux-ci sont considérés comme extrêmement rares par FISCHER et par TUFFIER. Cet auteur n'en connaît qu'un cas, dû à DICKINSON, dans lequel il existait un abcès froid périrénal important, sans aucune autre lésion osseuse ou viscérale. — Ils pourraient succéder à un traumatisme de la région lombaire (blessure, contusion) créant un point d'appel pour le bacille de KOCH.

L'existence de tels abcès peut être discutée, et pour l'admettre il faudrait des preuves irréfutables (TUFFIER) ; une collection périrénale importante peut être en effet consécutive à une lésion rénale minime qui risque de passer inaperçue si elle n'est pas recherchée avec soin.

2° *Abcès froids périnéphrétiques secondaires.* — Ceux-ci sont plus fréquents, sinon même les seuls ; ils peuvent être consécutifs :

- a) A la tuberculose rénale ;
- b) A une lésion de la colonne vertébrale (mal de Pott lombaire) ;
- c) A des lésions pleuro-pulmonaires.

a) — *Abcès froids secondaires à la tuberculose rénale.*

C'est la tuberculose rénale qui est, dans l'immense majorité des cas, le point de départ des abcès froids périnéphrétiques (TUFFIER, THOMAS, ROCHET) Les cas d'abcès froids périrénaux au cours des lésions tuberculeuses du rein ne se comptent plus, ils demandent seulement à être classés comme mode de formation et variétés. Suivant ZELLER 75 pour cent des abcès froids périrénaux sont consécutifs à des lésions bacillaires du rein.

TUFFIER étudiant la périnéphrite tuberculeuse en distingue trois formes :

a) Forme lipomateuse caractérisée par l'hypertrophie et la sclérose du tissu adipeux.

b) Forme fongueuse, caractérisée par des fongosités analogues à celles qu'on trouve dans les tumeurs blanches.

c) Forme suppurée, véritable abcès froid périrénal.

Cet abcès peut s'observer dans toutes les formes de la tuberculose rénale, mais avec une plus grande fréquence, dans les formes caséeuses, il est plus rare dans la pyelonéphrite et la pyonéphrose tuberculeuses (TUFFIER).

Au point de vue de son mécanisme de production, ZELLER distingue 3 voies possibles d'infection :

a) Par continuité ;

b) Par les lymphatiques ;

c) Par le sang.

Le plus souvent il est produit par l'ouverture de foyer caséeux du rein dans l'atmosphère périrénale. Mais dans quelques cas la capsule propre du rein a été trou-

vée indemne (un cas de TUFFIER), il existait un énorme abcès périnéphrétique et un gros rein caséeux sans qu'il y ait de perforation. L'infection avait passée de la glande au tissu périrénal sans solution de continuité, il faut alors admettre soit une propagation par les lymphatiques (lymphangite tuberculeuse partie du bassinnet) soit une filtration des bacilles à travers la capsule propre du rein.

b) Abcès secondaires à la tuberculose vertébrale. — Ils sont moins fréquents que les précédents ; plusieurs cas en ont été rapportés par TUFFIER, et par LAN-
NELONGUE dans son traité de la tuberculose vertébrale. Ils peuvent survenir au cours d'un mal de Pott lombaire confirmé, ou constituer le premier symptôme d'une carie vertébrale encore latente.

De semblables abcès, d'origine osseuse, seraient capables d'envahir le rein ou l'uretère par continuité, et de donner ainsi naissance à une tuberculose rénale secondaire.

c) Abcès froids périrénaux consécutifs à des lésions pleuro-pulmonaires.

RAYER rapporte un cas d'abcès froid périrénal consécutif à la perforation d'une caverne pulmonaire à travers le diaphragme, LANCEREAUX en signale plusieurs survenus à la suite de pleurésies. Mais ce sont là des faits bien rares, que nous nous bornerons à mentionner.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abcès froid périnéphrétique forme une collection plus ou moins volumineuse entourant le rein ou se localisant à une de ses faces, ou à un de ses pôles. Les parois de l'abcès sont ordinairement tapissées de masses fongueuses, mollasses. Parfois il s'agit non d'une collection unique, mais d'une série d'abcès multiples disséminés dans une capsule cellulo-adipeuse profondément transformée, épaissie, lardacée, abcès contenant du pus véritable ou du caséum.

Par derrière, le rein peut être le siège d'une volumineuse pyonéphrose, ou être au contraire petit, difficile à trouver, plein de cavernes tuberculeuses, dont l'une est perforée dans l'atmosphère périrénale.

La première classification des abcès périnéphrétiques a été donnée par ROBERTS, celle-ci a été remaniée par TUFFIER qui propose 3 variétés :

- a) Abcès rétro-rénaux ;
- b) Abcès sous-rénaux ;
- c) Abcès sus-rénaux ou sous-diaphragmatiques.

Les premiers siègent entre la face postérieure du rein et l'aponévrose du transverse, au fur et à mesure que la cavité de l'abcès s'accroît, elle fait saillie à la région lombaire, et l'ouverture à l'extérieur par abcès en bouton de chemise est fréquente.

Dans les abcès sous-rénaux le pus peut fuser le long

du psoas, à la façon d'un abcès par congestion, et aboutir dans le petit bassin, ou au triangle de Scarpa.

Dans les abcès sus-rénaux, situés immédiatement au-dessous du diaphragme, le pus peut se créer une voie à travers le diaphragme, donner lieu à une pleurésie par pénétration dans la plèvre, ou, si des adhérences pleurales se sont constituées, être expulsé au dehors par les bronches, il se constitue ainsi une fistule réno-pulmonaire.

SYMPTOMATOLOGIE & EVOLUTION

Les abcès froids périrénaux ne présentent pas la symptomatologie bruyante des suppurations périnéphrétiques aiguës, leur marche est en général assez lente, et entrecoupée par des rémissions de durée variable.

Le premier et le plus important des symptômes est en général la douleur, c'est une douleur sourde, profonde, continue, siégeant au niveau de la région lombaire, pouvant s'irradier vers la paroi antérieure de l'abdomen, les organes génitaux et la racine du membre inférieur correspondant. Elle est augmentée par le mouvement et la pression. Cette douleur, qui peut être pendant quelque temps le seul symptôme, s'accompagne bientôt d'une tuméfaction de la région lombaire, qui devient plus saillante, la palpation fait reconnaître l'existence d'une induration profonde, rénitente qu'il est difficile de bien délimiter. A ces signes s'ajoute parfois une déviation du rachis avec attitude vicieuse, sorte de déviation reflexe (TUFFIER) conséquence des compressions exercées par l'abcès sur les branches nerveuses périphériques. TUFFIER cite, à l'appui de cette opinion, une observation de BESSON dans laquelle, un abcès froid périrénal coexistant avec une cyphoscoliose, on fit le diagnostic de mal de Pott ; en réalité il s'agissait d'une tuberculose rénale et la colonne était intacte (torticolis lombaire de Besson, par névrite des nerfs de la région lombaire irrités par le voisinage de l'abcès).

Les symptômes généraux ne présentent rien de spécial, la fièvre est en général peu élevée et subcontinue, elle peut ultérieurement prendre les caractères de la fièvre hectique.

La symptomatologie et la marche de l'affection présentent des différences très marquées en rapport avec les conditions étiologiques et le siège de l'abcès.

L'abcès froid périnéphrétique étant ordinairement secondaire à une tuberculose rénale, son début peut être masqué par les symptômes de l'affection causale, à moins que la bacilliose rénale soit latente et que l'abcès périrénal en soit la première manifestation clinique.

L'évolution de l'abcès dépend aussi de son siège. Nous avons dit précédemment que l'abcès retrorénal avait tendance à s'ouvrir à la région lombaire, au niveau du triangle de J.L. PETIT. Que l'ouverture soit spontanée ou chirurgicale, elle laisse à sa suite une fistule persistante.

L'abcès sous-rénal a pour caractères spéciaux sa migration possible dans le petit bassin ou à la racine de la cuisse.

Quant à l'abcès sus-rénal, qui nous intéressera plus spécialement dans ce travail, il a une symptomatologie bien particulière ; très haut situé sous le diaphragme, il n'est nullement perceptible à la palpation de la région lombaire, et risque de passer inaperçu du clinicien jusqu'à sa rupture dans la plèvre ou dans l'arbre bronchique.

C'est cette ouverture dans les bronches de l'abcès froid périnéphrétique que nous allons envisager dans le chapitre suivant.

DEUXIEME PARTIE

DES ABCÈS TUBERCULEUX PERINEPHRÉTIQUES

OUVERTS DANS LES BRONCHES

L'ouverture dans l'arbre bronchique des abcès froids périnéphrétiques, survenus au cours de la tuberculose rénale, ne nous semble pas très fréquente d'après nos recherches bibliographiques. En compulsant les observations publiées dans les thèses de THOMAS et de ZELLER nous n'en avons trouvé qu'un très petit nombre ou semblable complication soit signalée. Nous commencerons par relater en détail notre observation personnelle, que nous ferons suivre des réflexions cliniques qu'elle comporte ; puis nous rapporterons les rares cas analogues que nous avons pu trouver. Nous terminerons par quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUBIER, Médecin des Hôpitaux).

DIAGNOSTIC & RÉSUMÉ

Abcès sous-phrénique, situé dans la région rétrohépatique, au dessus et en dehors du rein droit, ouvert dans les bronches (vomique en juillet 1920, expectoration purulente persistante) bien visible à la radioscopie

en position transverse droite sous forme d'une image hydro-aérique sous-diaphragmatique avec ligne de niveau très nette. Intervention chirurgicale (novembre 1920) drainage.

Fistule persistante, cachexie — Apparition ultérieure d'une hématurie abondante, de pyurie puis de symptômes de tuberculose pulmonaire subaiguë avec bacilles de Koch dans les crachats.

Autopsie. — Absès froid situé en arrière du bord postérieur du foie, au-dessus du rein droit, communiquant d'une part avec une grosse bronche par un trajet fistuleux traversant le diaphragme, et d'autre part avec une caverne tuberculeuse du pôle supérieur du rein droit.

Tuberculose rénale ulcéro-caséuse totale du rein droit, avec nombreuses cavernes.

Tuberculose vésicale — Intégrité du rein gauche — Infiltration tuberculeuse récente des 2 poumons.

OBSERVATION. — P... JUSTIN, 19 ans, instituteur, entré à l'Hôpital de l'Antiquaille le 4 novembre 1920, pour une affection pulmonaire chronique.

Dans les *antécédents héréditaires* on relève seulement que la mère est morte de bronchite chronique.

Un frère et une sœur sont vivants et bien portants, deux autres sont morts en bas âge d'affection indéterminée.

Comme *antécédents personnels* on ne trouve aucune maladie de l'enfance. Pas de rougeole, pas de scarlatine, pas d'adénopathie, pas d'otorrhée. Jamais de rhumatismes ni de fièvre typhoïde. Pas de maladies vénériennes. Le malade n'est pas marié.

L'affection qui nous intéresse remonte au mois de Janvier 1920, et le malade qui était alors militaire, attribue le début de ses accidents à un coup de froid dû au surmenage qu'il aurait subi pendant les dernières inondations de la Seine à Paris. Il est resté au lit trois semaines pour une affection aiguë qualifiée « *grippe* » après laquelle il a présenté des phénomènes urinaires, pollakiurie, pyurie, douleurs lombaires et à la miction.

Le tout a duré 15 jours. Après quoi en Juillet, il a eu un nouvel accident qu'il appelle « *broncho-pneumonie* ». Cet accident a été précédé de courbature générale, de points douloureux dans les deux côtés, plus spécialement à droite, de frissons et de sueurs. Dans la nuit qui a suivi ces phénomènes il a brusquement rejeté des flots de pus vert, une pleine cuvette dit-il ? Pareil incident ne s'est plus jamais reproduit, mais il a continué depuis à tousser et à cracher. Cette affection a duré deux ou trois mois après lesquels le malade, ayant beaucoup maigri a été réformé et s'est senti incapable de reprendre une occupation quelconque. A son entrée à l'hôpital, il se plaint de dyspnée et de douleurs dans le côté droit, présente une toux quinteuse, rauque, transpire quelquefois. Il a un appétit suffisant, pas de diarrhée. Les phénomènes urinaires ont disparu. La température est de 37° 8.

A l'examen, le teint est un peu terreux, jaunâtre. On n'observe pas de dyspnée marquée au repos, le jeu du thorax paraît s'effectuer normalement, peut-être la base droite en arrière est-elle légèrement voussurée.

Au poumon droit on ne note pas de diminution appréciable de la sonorité au sommet en arrière. Mais la

submatité apparaît nettement à la pointe de l'omoplate et devient de la matité à la base. On trouve une zone limitée de tympanisme à la base sur la ligne axillaire. A l'auscultation au sommet on entend une respiration rude dans la fosse sus-épineuse, pas de craquements humides, pas de souffle. Dans tout le reste du poumon où il existe de la matité on note une diminution considérable du murmure vésiculaire, de nombreux râles humides et des vibrations presque absentes. La matité, la diminution du murmure et des vibrations se poursuivent vers l'aisselle. En avant au sommet, sonorité normale sous la clavicule. Le murmure est un peu diminué, la respiration emphysémateuse.

Le poumon gauche ne présente rien d'anormal. Il semble surtout emphysémateux en particulier en avant.

Cœur, la pointe est dans le quatrième espace en dedans de la ligne mamelonnaire et les bruits sont normaux.

Abdomen, le foie est gros, sensible, déborde de trois à quatre travers de doigt. La rate perçue à la palpation donne une matité étendue de cinq travers de doigt.

Appareil urinaire, les urines sont claires, et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Système nerveux. Les pupilles sont égales, et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Le 6 Novembre 1920 (examen de Monsieur le Docteur ROUBIER)

On constate des signes physiques à peu près localisés à la base du poumon droit. A cet endroit il y a de la matité (les vibrations sont perçues), de l'obscurité

respiratoire, de nombreux râles sous crépitants, mais pas de souffle. En un point situé sur la ligne axillaire postérieure, il existe une zone exiguë de tympanisme où l'on entend les mêmes râles qu'ailleurs. En avant, tonalité élevée du son de percussion dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, obscurité et râles sous crépitants, comme en arrière.

Au sommet droit on n'entend pas de râles en ce moment. La sonorité est un peu plus faible qu'à gauche, de même que le murmure. Sous la clavicule droite, la respiration est emphysémateuse. Rien au poumon gauche.

Légère déviation de la pointe du cœur vers la droite.
Hypertrophie de la rate.

Expectoration muco-purulente.

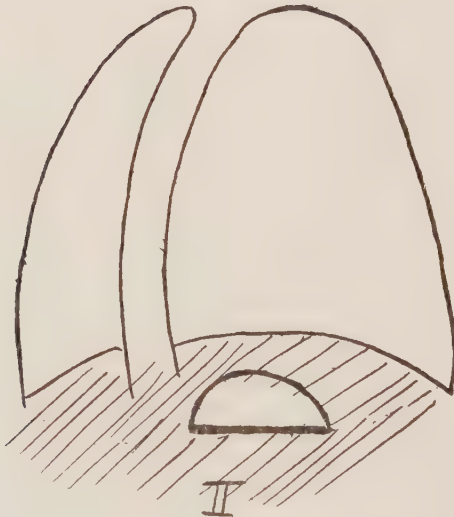
Le 10 Novembre. — L'examen radioscopique a montré que l'hemi-diaphragme droit est soulevé et se trouve à environ un travers de main au-dessus du gauche. Le champ pulmonaire droit est clair, la base est libre. Le sinus costo-diaphragmatique se voit bien, mais le foie est volumineux. En position postérieure et surtout en oblique postérieure droite, il existe en un endroit une *poche aérique* limitée en bas par une ligne de niveau tout à fait horizontale, comme celle d'un pneumothorax et mobile quand on secoue le malade. Il existe donc une poche purulente et gazeuse sous-phrénique située à la partie postéro-latérale ; celle-ci correspond à la zone de tympanisme qui avait été découverte cliniquement.

Ce même jour on délimite par la percussion la zone tympanique qui siège dans la région axillaire postérieure.

Schémas radioscopiques



I.



II

I. — En position frontale antérieure, on voit l'hémi-diaphragme droit surélevé.

II. — En position transverse droite, on voit une image hydro-aérique, sous-phrénique, avec ligne de niveau très nette.

re de la base droite. Elle est large de 15 cent. dans le sens transversal et d'un travers de main dans le sens vertical. A ce niveau l'auscultation ne fait entendre que quelques râles comme au dessus. Il n'y a pas de souffle, pas de succussion.

En avant la matité hépatique a sa limite supérieure normale. Le bord inférieur du foie se trouve abaissé et atteint presque l'ombilic. Celui-ci est un peu douloureux au palper. Dans la zone tympanique la pression est un peu douloureuse.

L'expectoration est purulente, mais non fétide. Le malade n'a jamais craché de pus hépatique chocolat.

La ponction exploratrice pratiquée dans le XI^e espace sur la ligne axillaire moyenne permet de retirer une goutte de pus très épais.

Le 10 Novembre 1920. — Une intervention est pratiquée par M. le docteur DESGOUTTES, on tombe sur une poche purulente rétrohépatique. Tout autour, le bord postérieur du foie paraît enflammé et couvert de fausses membranes.

DRAINAGE. — Dans le pus, à l'examen bactériologique direct, on ne trouve que quelques cocci, pas de bacilles de Koch.

Le 30 Novembre, un nouvel examen radioscopique n'indique aucun changement, on voit au-dessous du diaphragme droit, en dehors du foie, une image hydroaérique avec ligne de niveau et succussion apparaissant nettement en position transverse ; il existe donc encore du pus.

Le 1^{er} décembre 1920. — La plaie opératoire suppure toujours, mais le pus ne sort pas très abondant. La

température est absolument nulle. D'après le résultat de l'intervention il semble qu'on ait été en présence d'un *abcès situé en dehors et en arrière du foie, au dessus du pôle supérieur du rein droit.*

Le 8 Décembre. — La température est remontée à 38°5, l'état général est moins bon. Le malade tousse et expectore quelques crachats purulents. L'auscultation permet de déceler un foyer de râles sous-crépitants à la base droite en arrière. Par la plaie opératoire, la suppuration est assez abondante.

Le 15 Décembre 1920. — Un nouvel examen radioscopique montre toujours la même image que précédemment avec toutefois moins de netteté. Par l'orifice de la plaie s'écoule toujours un pus relativement abondant.

Le 22 Décembre 1920. — A la radioscopie on ne voit plus la ligne de niveau précédemment observée, l'état général est assez bon.

Le 29 Décembre 1920. — Le malade a encore de petites poussées thermiques. Il tousse un peu et expectore quelques parcelles purulentes. On entend toujours des râles sous-crépitants assez nombreux à la base droite en arrière. Il sort par la plaie opératoire une quantité de pus qui est sensiblement la même que précédemment.

Le 5 janvier 1921. — Nouvelle poussée de température à 40°. Teint un peu terreux, expectoration mucopurulente. Nombreux râles sous-crépitants à la base droite. On a l'impression que le foyer se vide incomplètement. L'examen radioscopique ne montre cependant pas de ligne de niveau très nette.

Le 15 Janvier 1921. — La courbe de température s'élève de nouveau à 39°. La toux est continuelle avec par-

fois des vomissements. L'expectoration est muco-purulente. A la base droite en arrière, un peu au-dessous de la plaie opératoire, on entend un petit souffle expiratoire très doux et il existe toujours des râles humides dans cette région. Au sommet droit le murmure est plus faible que de l'autre côté, mais il n'y a pas de râles. La suppuration persiste mais il semble que la poche se vide très mal.

Le 30 Janvier 1921. — La cavité de l'abcès se drainant mal, une nouvelle intervention est décidée. Le malade passe en chirurgie, on pratique un curettage de la poche purulente.

Le 21 Mars 1921. — Dans le service de chirurgie on fait pratiquer un examen des urines par le laboratoire de bactériologie qui fournit les résultats suivants : « Nombreux leucocytes altérés avec prédominance de polynucléaires, quelques cocci prenant le Gram, isolés en courtes chainettes. Staphylocoques probables. »

Le 7 Avril. — Le malade qui avait uriné à plusieurs reprises de petits caillots de sang évacue un gros caillot par les urines. La température s'élève un peu.

Le 9 Avril. — Examen clinique des urines. Albumine vraie, 0 gr. 50 par litre. Présence de sang et de pus. Leucocytes nombreux, polynucléaires assez nombreuses hématies.

Le 11 Avril. — Hématurie abondante — Grosse élévation thermique.

Le 14 Avril 1921. — (Retour dans le service de M. le Docteur ROUBIER) Plusieurs examens radioscopiques pratiqués ces derniers mois n'ont plus montré du tout cette poche hydroaérique avec ligne de niveau que

l'on apercevait antérieurement. Le malade a constamment présenté une température oscillant autour de 38°. Il prend un teint pâle. Pendant son séjour en chirurgie il a eu une hématurie abondante, mais aujourd'hui les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine. Le malade est un peu essoufflé, il tousse beaucoup et expectore quelques crachats muco-purulents. A l'auscultation on entend à la base droite, en arrière comme en avant, des râles sous-crépitaux nombreux, qui sont entendus jusqu'au sommet en arrière, mais en diminuant de nombre. La sonorité n'est pas modifiée au sommet. Du côté gauche, râles de bronchite dans toute la hauteur et en plus on a perçu dans la région précordiale un bruit sec, expiratoire, (frottement?) très variable d'ailleurs. Le pouls est rapide, régulier.

Le 19 Avril 1921. — Présence dans les crachats de quelques rares bacilles de Koch en petits amas ou isolés.

On perçoit des craquements assez nombreux dans la région sous claviculaire gauche. L'expectoration muco-purulente est abondante.

Le 27 Mai 1921. — Le malade est décédé après s'être cachectisé progressivement, il a présenté continuellement de la fièvre entre 38° et 39°. La suppuration par la plaie opératoire a persisté jusqu'à la mort. Les signes de tuberculose pulmonaire se sont progressivement étendus, quelques jours avant la mort, on percevait des râles humides dans toute la hauteur de l'hémi-thorax gauche.

Autopsie le 28 Mai 1921. — A l'ouverture on constate tout d'abord des adhérences pleurales pas très ser-

rées dans toutes la hauteur à droite, et quelques adhérences pleurales assez lâches dans la moitié supérieure à gauche. On dissèque le trajet de la plaie opératoire et on arrive dans une cavité située en arrière du bord postéro-latéral du foie, au-dessus du pôle supérieur du rein. On cherche ensuite à s'assurer que cette cavité communique avec les bronches et après introduction d'un stylet et dissection on constate qu'il existe un trajet fistuleux perforant le diaphragme dans la région du pilier droit, pénétrant dans le poumon dont il suit le bord postérieur et interne dans la région juxta-vertébrale et arrivant dans une bronche de gros calibre. Au niveau de la perforation le diaphragme très épaissi est transformé en un tissu fibreux, dense et ayant plus d'un centimètre d'épaisseur.

On se rend compte d'autre part que la cavité communique avec une caverne tuberculeuse du pôle supérieur du rein. Ce rein droit est petit, entouré d'une gangue scléreuse, épaisse qui adhère aux gros vaisseaux (aorte et veine cave) ce qui rend la dissection difficile. La capsule surrénale droite est normale. La face antérieure de ce rein droit est aussi très adhérente à la face inférieure du foie. A la coupe de ce rein le parenchyme rénal n'est pas reconnaissable, il est complètement transformé en cavernes tuberculeuses multiples pleines de pus.

L'uretère droit a ses parois très épaisses, dures, sa muqueuse blanchâtre ne contient pas d'ulcérations. Le calibre de l'uretère est normal, il n'y a pas d'oblitération.

Le rein gauche est hypertrophié (250 gr.), a un aspect

pâle, sa décortication est facile, il n'y a pas de lésion tuberculeuse ni certainement de lésions grossières, évidentes de néphrite.

La vessie contient trois ulcérations volumineuses (de la dimension d'une pièce de un franc) arrondies.

L'une d'entre elles a des contours serpigineux ; elles sont situées de part et d'autre de la ligne médiane. L'orifice urétéral droit est impossible à découvrir, le gauche s'aperçoit bien. Le foie ne présente aucune lésion apparente. A signaler quelques adhérences périhépatiques supérieures filamenteuses. La vésicule ne contient pas de calcul. La rate est un peu grosse (250 grs.) sans autre lésion.

L'intestin ne contient pas d'ulcération, pas de lésions péritonéales.

Poumon droit. Dans toute la hauteur infiltration tuberculeuse récente sous forme de nombreux tubercules confluent dans un parenchyme œdémateux ; pas de cavernes au sommet.

Poumon gauche. A l'extrême sommet, plusieurs petites cavernes (du volume d'une noisette) à parois lisses, pleines de pus. Dans tout le reste du poumon jusqu'à la base granulations nombreuses et confluentes. Médiastin. Plusieurs petits ganglions anthracosiques non caséux.

Cœur petit sans lésion (200 grs.)

Aorte de petit calibre très souple sur toute son étendue.

Colonne vertébrale normale partout.

CONCLUSION. — Tuberculose rénale droite, abcès périnéphrétique ouvert dans l'arbre bronchique. Tuberculose pulmonaire terminale.

REFLEXIONS. — L'histoire de ce jeune malade qui nous fut adressé comme un tuberculeux est très intéressante à de nombreux points de vue.

L'Interrogatoire minutieux et l'examen clinique permettaient facilement d'écarter le diagnostic de tuberculose pulmonaire banale. Ses troubles respiratoires dataient de juillet 1920 ; à ce moment, à l'occasion d'une affection qualifiée de bronche-pneumonie, il eut une vomique abondante, depuis laquelle la toux et l'expectoration purulente avaient persisté d'une façon continue. L'examen des sommets était complètement négatif ; c'est seulement à la base droite qu'il existait de la submatité et des râles sous-crépitaux nombreux et en un endroit situé sur la ligne axillaire postérieure, une zone exiguë de tympanisme répondant aux dixième et onzième espaces intercostaux, nulle part on n'entendait de souffle. Les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch.

L'examen radioscopique devait apporter un appoint important au diagnostic, le diaphragme à droite était nettement surelevé et au dessous de lui on apercevait, en position transverse droite, une image hydroaérique avec ligne de niveau très nette. En examinant le malade en diverses positions sous l'écran, on peut reconnaître que cette poche purulente et gazeuse était très postérieure et devait correspondre à la région rénale droite. Cette image hydroaérique correspondait à la zone exiguë de tympanisme, située dans la région axillaire postérieure droite que la percussion avait fait découvrir.

Il existait donc, chez ce malade, un abcès sous-phré-

nique postérieur ouvert dans les bronches. Cet abcès pouvait reconnaître une origine soit hépatique, soit rénale. Les symptômes urinaires étaient nuls à ce moment ; mais quelques mois auparavant, en Janvier 1920, à l'occasion d'une affection qualifiée de « Grippe », le malade avait présenté des douleurs lombaires, et des troubles de la miction, tous phénomènes rapidement disparus, mais qui pouvaient faire suspecter qu'une lésion rénale était à l'origine de l'abcès sous-phrénique.

Une ponction exploratrice, en un point repéré sur l'écran, ayant ramené un peu de pus ; une intervention fut décidée et pratiquée par le Docteur DEGOUTTES. On tombe sur une poche purulente rétro-hépatique située au-dessus et un peu en dehors du pôle supérieur du rein droit, à l'examen du pus on ne trouve que quelques cocci.

De suite après l'évacuation et le drainage de cet abcès, il y eut une amélioration passagère, l'expectoration purulente devint moins abondante, comme si la fistule bronchique se fermait. Mais bientôt, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, l'état général déclina, la température qui avait cédé réapparut, l'expectoration augmenta de quantité, et la longue persistance d'une suppuration abondante par la plaie opératoire nous fit porter le diagnostic d'abcès tuberculeux.

Plus tard Mars 1921, apparurent des hématuries répétées, de la pyurie, des troubles de la miction, dès lors le diagnostic de tuberculose rénale ne fit plus aucun doute. Puis une tuberculose pulmonaire subaiguë des deux poumons, avec présence de bacilles de Koch dans

les crachats emmena le malade déjà très épuisé par une longue suppuration périrénale. L'autopsie permit bien de reconnaître que l'abcès périnéphrétique communiquait d'une part avec une caverne tuberculeuse du pôle supérieur du rein droit et d'autre part avec une grosse bronche par un trajet fistuleux qui traversait le diaphragme dans la région du pilier droit.

(Les pièces anatomiques ont été présentées par Messieurs ROUBIER et MILHAUD à la Société nationale de médecine de Lyon en Mai 1921).

OBSERVATIONS II.

Périnéphrite à la suite de contusion chez un Tuberculeux

(*Dickinson* — On Rénal and urinary affections)
(observation résumée in thèse de Thomas London 1885
p. 679).

Contusion sur la région lombaire gauche en juillet 1879 chez un homme de 33 ans. Douleurs consécutives ayant débuté au mois de Mai de l'année suivante. Jamais d'autres symptômes de tuberculose, pas d'hémoptysies, pas d'antécédents tuberculeux.

En Juillet la fluctuation est manifeste. On fait une ponction et on retire trois pintes de pus. On incise et on fait un drainage. La guérison survient un mois après.

En Septembre hémoptysie, expectoration purulente. Mort en Décembre 1880.

AUTOPSIE. — On trouve une grosse cavité rétro-péritonéale entourant le rein qu'elle a en quelque sorte décollé.

Prolongement du côté du trou obturateur et du côté des lombes (endroit incisé).

Un autre prolongement passe en arrière du diaphragme qui est perforé et on constate un trajet fistuleux, étroit, ulcéré, admettant le doigt et qui va s'ouvrir dans une bronche au niveau du hile.

Le poumon était farci de tubercules crus, on remarquait de petites cavernes au sommet.

Les deux reins sont sains, la capsule du rein gauche est épaissie, adhérente et présente des fausses membranes. La colonne vertébrale et le bassin examinés avec soin n'offrent pas d'altération.

Cirrhose du foie.

REFLEXIONS. — A la lecture de cette observation, il paraît bien s'agir d'un abcès froid périnéphrétique primitif survenu à la suite d'une contusion ; les reins et la colonne vertébrale furent trouvés indemnes. La cavité purulente, volumineuse envoyait des prolongements multiples dont l'un perforant le diaphragme s'ouvrait dans une grosse bronche au niveau du hile.

OBSERVATIONS III.

(DUCASSE). — (Observation rapportée in thèse de Thomas).

Un homme depuis longtemps était atteint d'une douleur au côté gauche de la poitrine qui avait fini par rendre la respiration difficile, les mouvements du thorax

douloureux, et par forcer le malade à rester au lit. Tout à coup la douleur se fixe dans la région lombaire, derrière les côtes asternales. Il y a fièvre vive pendant 15 jours, la présence de la fluctuation engage à y faire une ponction, qui donne issue à 2 livres de pus de bonne qualité et, lorsque deux jours après on se préparait à réitérer la ponction, soudain le malade dans une accès de toux expectore 6 livres de crachats mêlés de pus semblable à celui de l'abcès lombaire.

Celui-ci est alors longuement ouvert et guérit en un mois.

REFLEXIONS. — Bien que ce cas soit rapporté comme un exemple d'abcès périnéphrétique tuberculeux, il est permis de douter du diagnostic, en raison de la guérison rapide survenue après la vomique et l'ouverture chirurgicale de la collection purulente.

OBSERVATIONS IV.

**Rein tuberculeux, Phlegmon périnéphrétique
avec fusées purulentes dans la gaine
du psoas et vers la plèvre. Compression du poumon**

(*HORTOLES*). — *Lyon Médical* 1879 T. 30).

Garnier L. âgé de 24 ans, cultivateur, entre à l'hôpital dans le service de M. le Docteur SNOCK, le 5 Septembre 1878.

Le début de l'affection, suite d'un chaud et froid, re-

monte à 4 n.ois. Rien au poumon, sauf une diminution du murmure vésiculaire, sans souffle dans le quart inférieur, avec matité, égophonie et frottements pleurétiques.

Dix jours après son entrée, il a eu de l'œdème des pieds, du scrotum et une tumeur est apparue à la région hypogastrique, avec empâtement. Bientôt la fluctuation est devenue évidente et la tumeur occupe alors l'hypogastre, le flanc droit et les régions épigastrique et lombaire. La matité se continue en haut avec celle constatée au thorax. La ligne courbe qui délimite en haut cette matité présente une convexité dont le sommet est un peu en haut et en dehors sur la ligne axillaire.

En même temps existe de l'œdème des parois thoraciques et abdominales correspondantes. Le soir la température est de 39°. Urines tantôt purulentes, tantôt claires.

Le 31 Décembre. — Une ponction exploratrice donne issue à un litre et demi de pus jaune clair très fétide.

L'amélioration dure peu et la tumeur se reforme vite avec saillie du côté des lombes au-dessous de la dernière côte.

Fluctuation. Ouverture de la tumeur qui donne issue à une litre de pus environ. Le doigt introduit dans l'intérieur de la poche la montre limitée à 5 ou 6 centimètres de pourtour, mais la quantité de pus qui s'échappe constamment indique qu'une boutonnière fait communiquer cette poche avec une autre plus profondément située ; les jours suivants le ventre diminue de volume. Cachexie. La température du matin est de 37° 2, le soir

de 37° 7. Lavage de la plaie à l'aide d'une sonde qui entre dans la poche sur une longueur de 10 centimètres en suivant une direction oblique en haut et en dehors, au dessous des dernières côtes.

5 Février. — Matité constante dans les 3 derniers espaces intercostaux en arrière. L'extrémité de la sonde introduite dans la plaie peut être sentie entre les 10° et 11° côtes suivant la verticale axillaire ; on incise en ce point. écoulement facile du pus. Le soir, apyrexie complète, amélioration.

26 Février. — Mort.

AUTOPSIE. — La sonde introduite tout d'abord dans la cavité où l'on pratiquait les injections nous guide dans nos recherches. Elle nous conduit dans une poche du volume du poing tapissée de fausses membranes et située en haut ou en arrière du foie. En ce point existent des adhérences complètes entre le parenchyme hépatique et rénal qui, avec le tissu cellulaire périnéphrétique, participent pour la plus grande partie à la formation de la poche. En effet la lésion essentielle est un Kyste purulent multi-loculaire du rein. De là le pus a fusé dans deux directions opposées : dans la fosse iliaque, en suivant la gaine du psoas et du côté de la poitrine où il a déterminé un épaissement de la plèvre et la compression du poumon correspondant ; on trouve quelques tubercules crétacés dans ce poumon. Le poumon gauche est normal, il en est de même du rein gauche qui est augmenté de volume. A l'exception de la partie du foie participant à la formation de la poche tout le reste de cet organe est sain.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Sclérose c'est-à-dire in-

filtration du tissu conjonctif se substituant par places au parenchyme lui-même, cellules embryonnaires.

Glomérules en divers états de destruction, on trouve sur les diverses préparations des tubes urinifères occupés par des cylindres colloïdes. Tantôt au centre des ilots de cellules embryonnaires, tantôt vers un point plus ou moins rapproché de sa périphérie, nous trouvons des masses granuleuses limitées au pourtour par de petits noyaux (cellules géantes); on se trouve donc en présence de véritables tubercules. Tout autour de ces granulations tuberculeuses isolées, s'est développé un tissu sclérosé par irritation de voisinage, tandis que dans les parties où les tubercules ont pu se fusionner une transformation caséuse s'est produite, et son résultat a été la formation des vastes abcès que nous avons signalés.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

DIAGNOSTIC. — Les considérations exposées plus haut nous permettront d'être brefs sur le diagnostic de l'abcès périnéphrétique tuberculeux, lequel doit comprendre : 1° le diagnostic de l'abcès lui-même ; 2° celui de son point de départ.

Relativement facile, quand l'abcès forme une tumeur saillante à la région lombaire, le diagnostic devient plus difficile quand l'abcès, haut situé, ou sus-rénal, se révèle par une symptomatologie exclusivement thoracique ; c'est surtout en pareil cas que la rupture dans l'appareil bronchique est fréquente. Aussi, chez un malade présentant de l'amaigrissement, de la fièvre, et une expectoration purulente abondante, le diagnostic de tuberculose pulmonaire vient à l'esprit. Nous avons montré plus haut, à propos de l'observation de notre malade, toute l'importance que revêt en pareil cas l'examen radioscopique. Celui-ci nous a révélé la présence d'une poche pyo-gazeuse, sous-diaphragmatique droite, laquelle a pu, après examens dans diverses positions, être localisée dans la région rénale.

Il faut aussi reconnaître la nature tuberculeuse de cet abcès, on se guidera surtout sur les antécédents, l'évolution. Chez notre malade, c'est surtout la longue persistance de la suppuration après l'ouverture chirurgicale qui nous a permis de penser à la tuberculose.

Enfin on devra faire le diagnostic de la cause ou du point de départ. Nous avons dit que les abcès périnéphrétiques tuberculeux primitifs étaient d'une très grande rareté, le plus souvent ils sont secondaires, soit à un mal de Pott lombaire, soit à la tuberculose rénale, cause la plus fréquente. On recherchera donc les signes de cette affection, qui parfois existent déjà au grand complet quand l'abcès se produit, tandis que dans d'autres cas, comme chez notre malade, ils n'apparaissent que tardivement. On aura recours, pour confirmer le diagnostic, au cathétérisme urétéral, à l'inoculation des urines au cobaye, etc...

PRONOSTIC. — Le pronostic des abcès tuberculeux périnéphrétiques est grave, et la mort survient du fait de la tuberculose rénale ou par tuberculose pulmonaire. Suivant ZELLER, l'issue la plus favorable serait l'ouverture de l'abcès à la région lombaire. Le pronostic serait plus grave lorsque la rupture se fait dans les bronches. A la suite de la vomique, l'état général peut se relever quelque temps, mais ordinairement, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, la mort survient après une cachexie assez longue.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste dans l'incision, le curettage des parois et la cautérisation pour détruire les fongosités tuberculeuses. Mais ordinairement une fistule persiste, et pour l'éviter, il serait nécessaire d'enlever le rein tuberculeux, cause de l'abcès. Mais, outre que la néphrectomie ne doit être pratiquée que si on est sûr de l'intégrité de l'autre rein, l'extirpation du rein est souvent rendue très difficile et même impossible de par l'existence d'adhérences très épaisses dans

lesquelles il est difficile de se reconnaître. Chez notre malade le rein petit, très adhérent aux organes voisins, et notamment aux gros vaisseaux (aorte et veine cave) eut été impossible à extraire.

Enfin il va sans dire que le traitement médical général de la tuberculose ne devra pas être négligé.

CONCLUSIONS

- I. — Les abcès périnéphrétiques tuberculeux, très rarement primitifs, parfois secondaires à un mal de Pott lombaire, surviennent ordinairement au cours de la tuberculose rénale soit confirmée soit latente.
- II. — La symptomatologie et l'évolution de ces abcès varient suivant leur siège : sus-rénal rétro-rénal, sous-rénal.
- III. — Les abcès sus-rénaux sont d'un diagnostic difficile. Profondément cachés sous le diaphragme, ils se caractérisent par leur évolution du côté de la cage thoracique et leur ouverture fréquente dans l'appareil bronchique. Aussi prennent-ils souvent le masque d'une affection pulmonaire chronique. Pour les diagnostiquer, l'examen radioscopique en positions transverse et oblique est d'un très grand secours.
- IV. — Le pronostic est grave et la mort survient lentement par tuberculose rénale et pulmonaire.
- V. — Le traitement consiste dans l'incision de l'abcès et le curettage des parois. La néphrécomie qui serait nécessaire pour enlever le foyer tuberculeux rénal, cause de l'abcès, est très souvent impraticable.

VU,

Le Doyen,
Jean LÉPINE.

Le Président de la thèse,
P. TEISSIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 4 Janvier 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- DICKINSON. — On renal and urinary affections, London 1883, p. 679.
- DOYEN. — Absès périnéphrétiques tuberculeux. Soc. Anat. 1882.
- HALLE. — Des phlegmons périnéphrétiques, Th. Paris 1863.
- HORTOLES. — Rein tuberculeux, phlegmon périnéphrétique avec fusées purulentes dans la gaine du psoas et vers la plèvre, Lyon médical 1879, T. 30.
- KRAETCHMAR. — Des absès périnéphrétiques, Th. Paris 1872.
- LANNELONGUE. — Traité de la tuberculose vertébrale.
- LAVERAN & TEISSIER. — Nouveaux éléments de Pathologie médicale — T. II page 986.
- LENEPVEU. — Considérations sur les fistules rénopulmonaires, Th. Paris 1840.
- NAUDET. — Du phlegmon périnéphrétique, Th. Paris 1870.
- RAFIN. — Tuberculose rénale fermée, absès froid périnéphrétique. La Clinique 1908.
- RAYER. — Maladies des reins.
- ROCHET. — Article « Périnéphrites » in Encyclopédie française d'Urologie, T. III, p. 441.

THOMAS. — Absès tuberculeux périnéphrétiques,
Th. Paris 1891-92.

TUFFIER. — De la périnéphrite tuberculeuse et des
absès froids périnéphrétiques, Gaz. Hebd.
1891, p. 283.

ZELLER. — Des phlegmons périnéphrétiques tuber-
culeux d'origine rénale, Th. Lyon 1895-96.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Considérations Générales	11
Etiologie	12
Anatomie Pathologique	15
Symptomatologie et Evolution	17
Abcès tuberculeux périnéphrétiques ouverts dans les bronches	19
Observation I (D ^r ROUBIER)	19
Schemas radioscopiques	24
Observation II (DICKINSON)	33
Observation III (DUCASSE)	34
Observation IV (HORTOLES)	35
Diagnostic, Pronostic et Traitement	39
Conclusions	43
Bibliographie	45

